

**RECOMMANDE**

Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé  
Service Enregistrement des officines  
A l'attention de Madame SCHOOLS Déborah  
EUROSTATION – Bloc 2 - 6<sup>ème</sup> étage (6<sup>E</sup>365)  
Place Victor Horta, 40 bte 40  
B-1060 BRUXELLES

ARRETE ROYAL DU 25 SEPTEMBRE 1974 CONCERNANT L'OUVERTURE, LE TRANSFERT ET LA FUSION D'OFFICINES PHARMACEUTIQUES OUVERTES AU PUBLIC, tel que modifié à ce jour.

**DEMANDE DE MODIFICATION DE L'ENREGISTREMENT D'UNE OFFICINE PHARMACEUTIQUE REGULIEREMENT OUVERTE AU PUBLIC**

**DONNEE(S) MODIFIEE(S) A PARTIR DU (jour) |\_|\_| (mois) |\_|\_| (année) |\_|\_|\_|\_| (DATE)**

**RUBRIQUE(S) MODIFIEE(S) : 1 – 2 – 3 – 4 (1)**

**Le détenteur de l'autorisation ne doit remplir que la ou les rubrique(s) pour laquelle il y a une modification.**

**CACHET DE L'OFFICINE :**

**NUMERO D'IMMATRICULATION (6 chiffres)**

**FOFF**

Conformément à la Loi du 11 mars 2018 et à moins que la modification ne soit la conséquence d'une obligation imposée de la part des pouvoirs publics, les enregistrements visés par cette loi sont soumis à une rétribution de :

- a) 172.15 EUR : L'enregistrement d'une officine pharmaceutique en cas d'utilisation d'une autorisation d'implantation ou d'une autorisation de fusion en vertu de l'article 9 «LEP» ;
- b) 69.42 EUR : L'enregistrement de modifications à l'autorisation d'exploitation ou l'enregistrement de fermeture temporaire en vertu de l'article 9 «LEP»
- c) 25.59 EUR : L'enregistrement groupé de modifications à l'autorisation d'exploitation ou l'enregistrement de fermeture temporaire, à partir de 10 enregistrements, par enregistrement en vertu de l'article 9 «LEP»
- d) 69.42 EUR : Enregistrement de la modification du titulaire en vertu de l'article 9 «LEP»
- e) 34.71 EUR : pour une copie supplémentaire de l'autorisation d'exploitation ou du certificat d'enregistrement en vertu de l'article 9 «LEP»

Des modifications simultanées pour une officine peuvent être introduites dans les mêmes formulaires. La rétribution est, dans ce cas, la somme des rétributions qui devraient être dues lorsque les modifications sont introduites séparément.

Ces rétributions sont versées sur le compte IBAN **BE 28 6790 0219 4220** BIC **PCHQBEBB** de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, place Victor Horta 40, boîte 40 à 1060 Bruxelles, avec la mention « Cadastre des officines » et le nom du titulaire de l'/des autorisation(s) d'exploitation ou, le cas échéant, le nom du titulaire de l'autorisation d'implantation. Dans le but d'un traitement administratif rapide, il est également vivement conseillé d'y ajouter le numéro d'autorisation.

« Les demandes d'enregistrement telles que visées au présent article, ne sont recevables que si elles sont valablement remplies et accompagnées de la preuve de paiement de la rétribution, fixée par les dispositions correspondantes. » (art.20, §6, tel que modifié par l'A.R. du 11/07/2014 modifiant l'A.R. du 25/9/1974 susmentionné).





**4. DONNEES RELATIVES A L'IDENTITE DU PHARMACIEN TITULAIRE DE L'OFFICINE**

Code de langue :  N (néerlandais) ou F (français) ou A (allemand)      Sexe :  F (féminin) ou M (masculin)

**4.1 Données relatives à l'identité du pharmacien titulaire de l'officine qui va accomplir les formalités administratives nécessaires dans le cadre de la procédure d'enregistrement visée à l' art.4 aux §§ 3ter et 3quinquies de l'Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (AR n° 78 art.4 § 2ter)**

Nom :

Prénoms :

Adresse de domiciliation du pharmacien-titulaire:  
Rue, numéro et boîte :

Code postal:

Commune :

NUMERO NATIONAL (cfr. Carte SIS) :

Lieu de naissance (et pays si autre que la Belgique) :

Numéro d'identification personnel auprès de l'Institut National d' Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) :  (11 positions sans inscrire de points)

**4.2 Données relatives à l'identité du pharmacien co-titulaire de l'officine (si applicable) (AR n° 78 art.4 § 2ter)**

Nom :

Prénoms :

Adresse de domiciliation du pharmacien-titulaire:  
Rue, numéro et boîte :

Code postal:

Commune :

NUMERO NATIONAL (cfr. Carte SIS) :

Lieu de naissance (et pays si autre que la Belgique) :

Numéro d'identification personnel auprès de l'Institut National d' Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) :  (11 positions sans inscrire de points)

**A REMPLIR PAR LE DETENTEUR DE L'AUTORISATION**

La présente déclaration est sincère et véritable ;  
Je m'engage à faire enregistrer toute modification des données, dans les soixante jours suivant la modification, sur les formulaires délivrés à cet effet par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé.

Date : .....(jour/mois/année)

Signature(s) + nom(s) (voir rubrique 2 ou 3: détenteur de l'autorisation)

.....

Numéro de téléphone où peut être joint le détenteur de l'autorisation : .....

E-mail : .....

(1) Biffer les mentions inutiles